Aus der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Zur Ausheilung von Lungenabszessen ohne operativen Eingriff,

beobachtet an einigen Fällen der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Waldemar Schulz
aus Hannover,
Hausarzt an der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Kiel 1909.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Zur Ausheilung von Lungenabszessen ohne operativen Eingriff,

beobachtet an einigen Fällen der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Waldemar Schulz
aus Hannover,
Hausarzt an der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Kiel 1909.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 39.
Rektoratsjahr 1909/10.

Referent: Prof. Dr. **Lüthje**.

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling**,
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0055

Gangrän und Abszeßbildung in der Lunge kann sich an die verschiedensten Erkrankungen anschließen.

Eine besondere Disposition dazu bieten Pneumonien, wenn Ernährungsstörungen der befallenen Lungenpartien vorliegen (bei Potatoren, Diabetikern usw.), Schluckpneumonien, wenn eitriges Material aspiriert wurde, eventuell zugleich mit Fremdkörpern. Auch Ulcerationen, die sich in bronchiektatischen Lungengebieten entwickeln und auf das Lungengewebe übergreifen, führen gelegentlich zur Abszeßbildung. Aus der Lungenembolie heraus entwickelt sich auch zuweilen eine Abszedierung von Lungengewebe, wenn nämlich der Embolus nicht bland war, sondern aus schon infizierten Regionen seinen Ursprung herleitete, wie z. B. aus eitrig zerfallenden Thromben der Uterusvenen beim Wochenbettfieber oder von Klappenwucherungen septischer Endokarditis.

Derartige Eiterungen gefährden den Kranken in hohem Maße. Die Zerstörung des Lungengewebes und die dadurch bedingte Einschränkung des zum Gasaustausch zur Verfügung stehenden Lungengebiets birgt an und für sich schon eine schwere Lebensgefahr in sich. Dazu treten dann noch die Schädigungen des Allgemeinbefindens (Septicopyaemie), die große Gefahr der Weiterverbreitung durch Aspiration des infektiösen Inhaltes in andere Lungenpartien. Gefahrbringend ist besonders eine länger anhaltende Lungeneiterung, da sich an derartige krankhafte Prozesse der Lunge recht häufig Abszeßbildung in

anderen Körperorganen (Gehirn usw.), eitrige Pleuritis und Perikarditis, Nephritis und multiple Gelenkentzündungen, auch Amyloidosis anzuschließen pflegen.

Wohl in der Mehrzahl der Fälle wird man den operativen Weg zur Herbeiführung der Heilung einschlagen. Man wird den Abszeß breit eröffnen oder durch Drainage des Abszesses nach Anlegung einer Fistel den Prozeß zu beseitigen suchen.

Aber bei einer nicht ganz kleinen Anzahl der Fälle ist dieser Weg nicht gangbar. Die Operationsfurcht des Patienten setzt dem Arzt so manches Mal ein unüberwindliches Nein entgegen, falls er eine Therapie einschlagen will, bei der das Messer eine Rolle spielt. Auch die oft beobachtete große Schwäche des Patienten, besonders oft bei Potatoren und Greisen, zwingt von einem derartigen, das Leben des Kranken doch immerhin in Gefahr bringenden chirurgischen Eingriff Abstand zu nehmen.

In solchen Fällen sieht man dann doch zuweilen eine Ausheilung oder wenigstens eine Besserung bis zur Reinigung der entstandenen Abszeßhöhle eintreten.

In welcher Weise dies vor sich geht und welche Gesichtspunkte für die Behandlung dann Platz greifen, das möchte ich an der Hand einiger einschlägiger Fälle, die in der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel zur Beobachtung kamen, schildern.

Der Abszeß bedeutet, wie Aufrecht in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie angibt, die Durchsetzung eines mehr oder weniger großen Gewebsstückes mit Eiter oder weißen Blutkörperchen und nachfolgende Ausschaltung dieses Stückes aus dem organischen Zusammenhange mit dem umgebenden Gewebe. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, daß die Ausschaltung allein durch die Tätigkeit der weißen Blutkörperchen zustande kommt ohne Mitwirkung von Gerinnungsvorgängen in den zugehörigen Gefäßen.

Während nun in anderen Organen die Umgebung des Abszesses normales Verhalten zeigt, geht bei dem Lungenabszeß in einer großen Zahl der Fälle der Abszeßbildung eine Lungenerkrankung voraus, so daß die Abszeßbildung innerhalb eines erkrankten Lungengebietes vor sich geht. Aufrecht unterscheidet Lungenabszesse, die in entzündetem Gewebe zustande kommen und solche, die in gesundem Lungengewebe sich bilden. Zu ersteren rechnet er die Abszesse, die sich, wenn auch selten, bei gemeiner Pneumonie und diejenigen, welche sich im Gefolge von Desquamatio-Pneumonie einstellen. Als begünstigendes Moment gilt bei diesen Entzündungen der Umstand, daß die Exsudation von weißen Blutkörperchen nicht nur in die Alveolen hinein, sondern auch in das intraalveoläre Bindegewebe stattfindet. Mit der Lockerung des Gewebes ist dann die totale Erweichung, der Abszeß, gegeben.

Nach Tuffier stellt die croupöse Pneumonie das größte Kontingent zu den Lungenabszessen; von 49 operierten Fällen nämlich ließen sich 23 auf fibrinöse Pneumonie zurückführen.

Zu den Abszessen, die sich im gesunden Lungengewebe bilden, rechnet Aufrecht die, welche die Folgen sind der Embolie, der Aspiration oder von Verletzungen, welche in Gestalt offener Wunden durch die Thoraxwand hindurch die Lungen treffen. Häufig sind auch die von Stokes so genannten perforierenden Abszesse, worunter die Fälle verstanden werden sollen, in denen sich der Eiter außerhalb der Lunge ansammelt, das Gewebe derselben durchdringt und durch die Bronchialröhren ausgeleert wird. Derartige Abszesse gehen aus von der äußeren Bedeckung der Brust- und der Unterleibsorgane, von Eiteransammlungen in der Pleura oder dem Peritoneum, von Leberabszessen (Stokes), von kariösen Wirbeln, von vereiterten Bronchialdrüsen (Leyden), von Leberechinokokken. Einmal hat ein

Lungenabszeß sogar den Ausgang von einem Ulcus ventriculi genommen, wie Aufrecht beobachtet hat. Es käme dann noch der chronische Lungenabszeß in Betracht, den Leyden als die Form einfacher Nekrose und eitriger — nicht tuberkulöser — Ulceration deutet, die sich in den indurierten Lungen alter Leute entwickelt.

In allen diesen Fällen ist die Mitwirkung von Bakterien von wesentlicher Bedeutung. Von den verschiedensten Autoren sind die verschiedensten Bakterien als Erreger des Lungenabszesses gefunden worden, so daß eine für den Lungenabszeß typische Form nicht anzunehmen ist. So hat man in dem Abszeßeiter gefunden den Friedländer'schen Pneumoniebazillus, den Diplococcus pneumoniae von Fränkel, den Staphylococcus pyogenes aureus und den Influenzabazillus. Quincke sagt in seiner Lungenchirurgie: „Form und Art der Bakterien pflegen bei Eiterungen im Gebiete der Luftwege sehr gemischt zu sein, am buntesten in chronischen und putriden Fällen. Für die Differentialdiagnose kann es unter Umständen wichtig sein, wenn man fast ausschließlich eine Art (Strepto-, Pneumo- oder Staphylokokken) findet; dies weist mit großer Wahrscheinlichkeit auf durchgebrochenen Pleuraeiter hin. Selbst bei frisch durchgebrochenen Lungenabszessen zeigt das Sputum alsbald gemischte Bakterien". Als sicheren Beweis für das Vorhandensein eines Lungenabszesses muß man wohl das Auftreten von elastischen Fasern im Sputum ansehen. Sonst hat das Sputum nichts Charakteristisches weiter an sich, sondern entspricht der Art des Sputums, welches dem Grundleiden eigentümlich ist. Eine häufige Komplikation des Lungenabszesses ist die meist eitrige Pleuritis, welche allerdings abhängig ist von der Nähe, die der Abszeß von der Pleura hat.

Die Diagnose Lungenabszeß liegt nicht immer auf der Hand, und es gilt des öfteren festzustellen, ob es sich nicht etwa um eine tuberkulöse Kaverne handelt; für

letztere ist der Befund von Tuberkelbazillen der sichere Beweis. Einen Fingerzeig bietet noch die Erfahrung, daß Abszesse den Unterlappen bevorzugen, während sich tuberkulöse Kavernen vorwiegend im Oberlappen finden. Nach Tuffiers Angaben findet man 80 % aller Abszesse im unteren Lungenlappen. Allerdings ist das Hinzutreten von Tuberkulose zu einem länger anhaltenden Abszeß möglich, wie ein Fall von allgemeinerem Interesse beweist, den Schild am Magdeburger Altstädtischen Krankenhause beobachtet hat.

Der betreffende Patient hatte beim Versuch, auf der zwischen zwei Finger gehaltenen napfförmigen Kapsel einer Eichel zu pfeifen, dieselbe in die Luftwege aspiriert. Nach 6 Tagen wurde wegen linksseitigem Epyem die Resektion ausgeführt und 1/4 l Eiter entleert. Die Wunde schloß sich bald. 6 Wochen nach dem Unfall wurde die Eichelkapsel ausgehustet und ca. 3/4 Jahre später wurde Patient entlassen. Es wurden Gewebszerstörungen in der unteren Hälfte des linken Oberlappens und im Unterlappen nachgewiesen. Trotz regelmäßig vorgenommener Untersuchung fanden sich 1 1/4 Jahre nach Beginn des Leidens im Auswurf Tuberkelbazillen, und 6 Monate nach letztgenanntem Zeitpunkte trat der Exitus letalis ein. Es hatte sich hier also vom Unterlappen ausgehend auf dem Grunde eines Fremdkörperabszesses eine Tuberkulose entwickelt, die zum Exitus führte. Es dürfte aber wohl zu den Seltenheiten gehören, daß Abszeß und Tuberkulose vergesellschaftet vorkommen, und so wird der Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum bei fraglichem Lungenbefunde die Diagnose tuberkulose Kaverne sichern.

Das Auftreten von elastischen Fasern im Sputum sichert die Diagnose Abszeß gegenüber der von Bronchiektasen, obwohl die Symptome beider Erkrankungen viele Übereinstimmung haben. So ist auch das sogenannte dreischichtige Sputum beiden Erkrankungen spezifisch und kann zur Differentialdiagnose erst herangezogen werden,

wenn elastische Fasern oder gar Parenchymfetzen im Auswurf gefunden werden und so den Beweis liefern, daß in der Lunge ein Ort vorhanden ist, an dem eine Einschmelzung von Gewebe vor sich geht. Quincke gibt in seinem mit Garré gemeinsam bearbeiteten Werk über Lungenchirurgie eine treffliche Schilderung des dreischichtigen Sputums. Er sagt, die Aufmerksamkeit auf eine im Körper bestehende Eiterhöhle werde durch die Menge und sonstige Beschaffenheit des Sputums auf diese gelenkt. Am auffälligsten ist die Masse des Auswurfs, welche über 500 ccm betragen kann, jedoch könne man einen Schluß auf die Größe der Höhle aus der Masse des Sputums nicht ziehen, da auch die miterkrankte Bronchialschleimhaut zu stärkerer Sekretion durch den passierenden Höhleninhalt angeregt werde. Nach einer Schilderung der drei Schichten des Sputums fährt Quincke fort:

Das dreischichtige Sputum findet sich nun bekanntlich außer bei Eiterhöhlen in den Lungen auch bei Pleuraempyemen (oder bei anderen extrapulmonalen Eiterhöhlen), welche nach den Lungen durchbrechen; ferner bei derjenigen Form der Bronchiektasie, welche mit vielfachen, mäßigen, zylindrischen Erweiterungen der Bronchien (etwa bis Bleistiftsdicke) einhergeht, ja auch bei einfachen chronischen eitrigen Katarrhen, bei welchen zwar eine mäßige Erweiterung des ganzen Bronchialbaumes bestehen kann, aber ohne vorwiegende Beteiligung seiner Endäste. Diese verschiedenen Quellen des dreischichtigen Sputums aus seiner Beschaffenheit im einzelnen zu erkennen, ist höchst unsicher.

Nach Quincke kann auch der Geruch des Sputums nicht bestimmend für die Diagnose sein. Übler Geruch des Sputums kommt in einzelnen Fällen auch bei chronischer Bronchitis ohne Höhlen und Ektasien vor, findet sich aber überwiegend bei Höhlenbildung, sowohl Abszessen wie endständigen Bronchiektasien verschiedenen Kalibers.

Frische Abszesse liefern nur übelriechendes Sputum, falls die Wand der Höhle unter Gangrän vergrößert wird.

Die periodisch stattfindende Exspektoration ist nicht für Höhlenbildungen im Unterlappen — dem Lieblingssitz der Abszesse — spezifisch, sondern wird auch bei chronischen Bronchitiden beobachtet. Für Abszeß spricht vielleicht die Masse des im Augenblick entleerten Sputums bei Anwesenheit von elastischen Fasern.

Die Diagnose Lungenabszeß hat also seine bedeutenden Schwierigkeiten, und meistens wird der Abszeß erst gefunden, wenn er mit seinem Durchbruch in einen Bronchus seinen Inhalt nach außen entleert. Die plötzlich gesteigerte Sputummenge in Verbindung mit gefundenen elastischen Fasern im dreischichtigen Sputum macht dann auf den in der Lunge bestehenden Prozeß aufmerksam. Füllt sich sich die Abszeßhöhle mit Luft, so findet man statt der ursprünglichen Dämpfung tympanitischen Schall, amphorisches Atmen, metallklingende Rasselgeräusche und Metallklang bei der Plessimeterstäbchenperkussion.

Zur Stützung der Diagnose käme dann noch die Harpune resp. die Punktion mit der Spritze und Aspiration in Betracht.

Heilt ein Lungenabszeß ab, so vermindert sich die Sputummenge, die metallischen Perkussionserscheinungen nehmen ab, Dämpfung und Bronchialatmung verschwinden. Die Abszeßhöhle verkleinert sich durch Vernarbung und die betreffende Brusthälfte sinkt ein.

Die Therapie der Lungenabszesse war ursprünglich eine rein medikamentöse. Erst die weitere Ausbildung der Lungenchirurgie hat auch das Messer in den Bereich der Lungenabszeßtherapie gebracht. Es wird wohl auch heute noch die medikamentöse Behandlung von vornherein für jeden Fall im Auge zu behalten sein und nur da, wo im Anschluß an einen Abszeß das Vorhandensein eines Empyems sichergestellt ist, dürfte das Messer in Anwendung

kommen. Mittel, die die Exspektoration befördern, die Inhalation von geeigneten Desinfizientien mit Wasserdampf vermischt, ist wohl die üblichste Therapie für einen Lungenabszeß. Die Kontrolle des Harns schützt vor etwa befürchteten Nachteilen. Eine geeignete Lagerung des Kranken befördert den Abfluß des Eiters.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen über den Lungenabszeß, bei denen ich im wesentlichen Aufrecht (Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie, Band 14,1), Quincke (Garré und Quincke, Lungenchirurgie) und Müller (Mehring, Innere Medizin) gefolgt bin, komme ich zu den in Betracht kommenden Fällen aus der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel.

Fall 1.

H. S., Arbeiter, 32 Jahre alt, kommt am 23. XI. 01 wegen Pneumonie in Behandlung, nachdem er schon früher wegen verschiedener Erkrankungen — im Jahre 1898 wegen Bronchitis — hier in Behandlung war.

Anamnese: Patient hat seit 14 Tagen Stiche in der linken Seite, dabei etwas Husten und Auswurf, der allmählich immer mehr zunimmt.

Status: Kräftiger Mann, gute Muskulatur, gut genährt. Klagt über Stiche in der linken Seite, namentlich beim tiefen Atmen.

Lungenbefund: Links hinten unten leichte Schallverkürzung. Das Atemgeräusch ist hier abgeschwächt. Vereinzeltes kleinblasiges Rasseln. Pektoralfremitus links aufgehoben. Sputum schleimig, eitrig, zähe, reichlich.

27. XI. Über der Lunge l. h. unten Dämpfung bis 2 cm unterhalb der Scapula. Dort leises, unbestimmtes Atmen mit mittelblasigen, teils klingenden Rasselgeräuschen. Ganz unten harte Dämpfung mit Resistenzgefühl.

Probepunktion ohne Ergebnis.

6. XII. Temperaturanstieg bis 39,2. Dämpfung links hinten unten deutlicher, reicht bis zum unteren Scapularwinkel herauf. Atemgeräusch unbestimmt, leise. Krepitierendes Rasseln.

9. XII. Dämpfung noch nicht aufgehellt.

Probepunktion ohne Ergebnis.

10. XII. Dämpfung reicht nur noch bis handbreit unterhalb des unteren Scapularwinkels. Beim Husten übler Geruch. Sputum teils stark eitrig, übelriechend, teils schleimig-eitrig, nicht übelriechend. L. h. unten, etwas unterhalb der Spitze der Scapula, tympanitisch gedämpfter Schall. Dort klingendes Rasseln.

24. XII. Kein übelriechendes Sputum mehr.

17. I. 02. Sputum noch reichlich und etwas übelriechend. L. u. in der Axillargegend morgens noch reichliche Rasselgeräusche, tagsüber nur hauchendes Atemgeräusch.

25. III. Patient nimmt zu, ist dauernd außer Bett. Husten noch reichlich, ebenso der Auswurf, der noch etwas übel riecht. Die größte Menge des Auswurfs schwimmt oben, der Bodensatz sehr gering. Menge 250—150 ccm täglich.

Vom 27. III. bis zum 13. IV. verringert sich der Auswurf von täglich 250 ccm auf 100 ccm täglich.

13. IV. Dämpfung hat sich aufgehellt. Noch vereinzelt mittelgroßblasige Rasselgeräusche.

8. V. Dämpfung noch immer vorhanden; dort mittelgroßblasiges Rasseln.

Auswurf wechselnd, mitunter sehr wenig, dann bis ca. 100 ccm; ebenso ist der Geruch bald mehr, bald weniger fötide.

Am 5. VII. wird Patient mit wesentlich demselben Lungenbefund entlassen.

Am 20. XI. 02 kommt Patient wieder zur Aufnahme wegen Lungenleidens. Neben einem neuen Befunde an der Lunge links vorne findet sich:

L. h. u. Schallverkürzung bis zum unteren Scapulawinkel. Atemgeräusch daselbst abgeschwächt. Beim Insp. trockenes Rasseln und mittelgroßblasiges, feuchtes Rasseln.

Der Lungenbefund bleibt wesentlich derselbe. 5. XII. bekommt Patient einen metastatischen Abszeß in der Symphysengegend und wird zur chirurgischen Klinik verlegt. Von dort zurück wird er am 31. III. 03 wieder entlassen. Es findet sich folgender Lungenbefund:

Über der linken Lunge von der Spin. scap. abwärts Dämpfung. In der Höhe der Spitze der Scapula tympanitischer Beiklang. Überall im Gebiete der Dämpfung reichlich klingende Rasselgeräusche.

Am 27. XI. 03 kommt Patient wieder in Behandlung wegen einer Pneumonie des rechten Unterlappens. Über den Befund h. unten links ist angegeben, daß vom angulus scapul. inf. abwärts Dämpfung besteht, das Atemgeräusch dort ist leise, klein- und mittelgroßblasiges, feuchtes Rasseln.

Auswurf spärlich, schleimig-eitrig. Am 1. II. 04 wird er entlassen; der Befund l. h. u. ist der nämliche.

Am 4. II. 04 wird Patient wieder mit einer Bronchopneumonie des rechten Unterlappens aufgenommen und am 23. IV. gebessert entlassen.

L. h. unten lautet der Lungenbefund wie beim letzten Aufenthalt, nur wird ein stark tympanitischer Beiklang zur Dämpfung hervorgehoben. Auswurf spärlich, nur morgens, schleimig-eitrig.

Am 7. V. 04 wird Patient abermals aufgenommen wegen Schmerzen in der Brust, Husten und Auswurf. Außer anderem Lungenbefund wird geschrieben:

L. h. vom angulus infe. scapulae abwärts tympanitische Dämpfung, Atemgeräusch leise, mittelgroßblasige, feuchte Rasselgeräusche.

Auswurf reichlich, schleimig-eitrig, nicht übelriechend.

Am 19. V. wird Patient dann von einem Erysipel befallen, an dem er am 23. V. 04 zum Exitus kommt.

Im Sektionsprotokoll findet sich in bezug auf die Lunge:

Bronchiektasien im linken Unterlappen. Starkes Lungenödem. Residuen linksseitiger Pleuritis. Eitrige Bronchitis.

Patient bekam also seinerzeit zuerst eine Pneumonie im linken Unterlappen, daraus entwickelte sich ein Abszeß und dieser begann abzuheilen. Im schrumpfenden Lungengewebe bildeten sich alsdann Bronchiektasien, deren Vorhandensein die immer wieder hervorgehobenen Befunde links hinten unten an der Lunge ergaben.

Die Sektion ergab dann auch Bronchiektasien an dieser Stelle, während von dem zweifellos früher vorhandenen Abszeß nichts mehr nachzuweisen war. Dieser war also im Laufe der Jahre abgeheilt.

Fall 2.

R. S., Arbeiter, 41 Jahre alt, kommt zum erstenmal am 4. II. 99 in Behandlung wegen Pediculosis.

Es wird damals schon reichlich schleimig-eitriger Auswurf festgestellt. Bei einem späteren Aufenthalt im Krankenhaus, von März bis Mai 1899, gibt Patient an, daß er vor 2 Jahren Lungenentzündung links durchgemacht habe. Es findet sich über den Lungenbefund l. h. u. folgender Befund:

Schall etwas abgeschwächt. Das Atemgeräusch hat etwas bronchialen Charakter. Wenig trockene Rasselgeräusche. Auswurf reichlich, schleimig-eitrig, deutlich geschichtet.

Probepunktion l. h. u. ohne Erfolg. In den folgenden Jahren ist Patient häufig in Behandlung, und jedesmal findet man über dem linken Unterlappen Dämpfung, Atmung meistens von bronchialem Charakter, Geräusche dann teils feucht, teils klingend.

Auswurf bald mehr, bald weniger schleimig-eitrig.

Am 8. VIII. 99 findet sich im Journal:

Patient warf, besonders morgens, eine äußerst reichliche Menge dreifach geschichteten Sputums aus. Tagsüber hustet er wenig; ebenso nachts.

Später heißt es dann weiter:

Das morgendliche Sputum nimmt sichtlich an Menge ab.

Am 17. X.: Rechts hinten unten deutlich tympanitischer Beiklang zum Lungenschall. Atemgeräusch leise.

Am 20. VII. 00: L. h. unten Schall etwas verkürzt. Atemgeräusch sehr leise; mittelgroßblasige Rasselgeräusche.

Gelegentlich eines späteren Aufenthaltes des S. in der Anstalt wird über dem linken Unterlappen keine Dämpfung mehr konstatiert, nur noch leises Atemgeräusch und großblasige, feuchte Rasselgeräusche. In den nächsten Jahren ist S. nun bald außerhalb, bald im Krankenhaus. Lange hält er es draußen nicht aus, und nach jeder Entlassung stellt er sich bald wieder ein.

Er ist in Behandlung wegen chron. Bronchitis, Bronchiektasien, Arthritis chron., Bronchopneumonie.

Daß der Prozeß im linken hinteren Lungenlappen zur Ausheilung gekommen ist, zeigt folgender Befund, der unter dem 16. VI. 05 notiert ist, also ca. 6 Jahre nach der Pneumonie im linken Unterlappen:

Hinten links unten: lauter Perkussionsschall und zahlreiche bronchitische Geräusche.

Späterhin ist er dann immer noch wegen seiner Bronchiektasien und anderer Leiden halber in Behandlung. Am 3. X. 06 kommt er zum Exitus letalis an einer doppelseitigen Unterlappenpneumonie.

Ein Beweis, daß bei vorliegendem Fall der im linken Unterlappen nach der Pneumonie entstandene Abszeß zur Ausheilung gekommen ist, bietet in schönster Weise der Sektionsbefund.

Man fand: graue Hepatisation des rechten Unterlappens, zum Teil in Lösung begriffen; einzelne periphere Gebiete noch in roter Hepatisation. Bronchiektasien in beiden Unterlappen. Starke Hyperämie und starkes Ödem der Lungen. Fast völlige Obliteration beider Pleurahöhlen. Frische Pleuritis über dem linken Unterlappen.

Im linken Unterlappen aber sah man deutlich den ausgeheilten Lungenabszeß. Nahe dem Lungenrande, ungefähr 1 cm entfernt, befindet sich in schiefrig induriertem Gewebe eine 7 cm lange, ca. $1^1/_2$ cm breite, rundliche Höhle mit ziemlich glatter, grauweißer Wandung. Die Höhle selbst ist ausgefüllt mit einer der Wandung ziemlich fest anhaftenden, teils grauroten, teils mehr gelblichen, trockenen und brüchigen Masse.

Nach diesem patholog.-anatomischen Befunde handelt es sich hier also um einen in chronisch entzündlichem Gewebe liegenden abgeheilten Abszeß mit eingedicktem, zum Teil organisiertem Eiter.

Fall 3.

H. J., Arbeiter, 54 Jahre. Aufgenommen 16. II. 07.

Anamnese: Seit längeren Jahren des öfteren Husten mit sehr vielem Auswurf. Jetzt schon seit 3 Wochen wieder Husten und reichlich Auswurf.

Status: Mann von blasser Hautfarbe, ziemlich reduzierter Ernährung, von mittlerem Kräftezustand. Kehlkopf o. B. Auswurf reichlich, schleimig-eitrig, ohne Tuberkelbazillen.

Lungengrenzen kaum verschieblich, hinten proc. spin. lumb. I, vorne 7. Rippe, unterer Rand. Über beiden Spitzen gleich lauter Lungenschall. Vorne ebenso beiderseits bis zur 3. Rippe und hinten bis zum unteren Scapularwinkel.

Vorne links, von der 3. Rippe an abwärts, ebenso seitlich und hinten rechts unten tympanitischer Beiklang

zum Lungenschall. R. h. unten rauhes In- und Exspir., sehr reichliches, feuchtes, mittelgroßblasiges Rasseln.

L. h. unten dasselbe, nur weniger Rasseln.

R. seitlich } reichlich feuchtes Rasseln, vorne auch
R. v. unten } großblasiges, teilweise klingendes Rasseln.

Über beiden Oberlappen hinten und vorne reichlich trockenes, spärlich feuchtes Rasseln, sehr rauhes Atmen.

Herz: 4,5 : 9,5 Spitzenstoß innerhalb der Mamillarlinie. Töne leise, rein, Abs. Dämpfung überlagert.

Urin: frei.

Diagnose: Lungenabszeß.

Therapie: Apomorphin. Inhalation von Terpentin.

19. II. Patient hat Fieber bis über 38°. Hustet viel übelriechenden Auswurf aus. Lungenbefund unverändert.

26. II. Temperatur abgefallen. Allgemeinbefinden gut. Auswurf weniger. Lungenbefund derselbe.

8. III. 07. Rechts hinten unten heute morgen lautes Bronchialatmen. Abends rauhes Verikularatmen und reichlich Rasseln. Im ganzen viel weniger Auswurf. Allgemeinbefinden gut. Gewichtszunahme.

12. III. 07. Weitere Gewichtszunahme. Nur wenig, nicht übelriechender Auswurf.

Lungenbefund: H. unten l. spärlich feuchtes, rechts spärlich feuchtes, zum Teil klingendes Rasseln.

R. hinten, vorne und seitlich unten noch immer deutlich tympanitischer Beiklang zum Lungenschall.

18. III. 07. Kaum noch Auswurf. Über beiden Unterlappen ganz unbedeutendes Rasseln.

R. h. unten dauernd Tympanie. Allgemeines Befinden gut.

22. III. 07. Gewichtszunahme. Lungenbefund wie am 18.

25. III. 07. Gebessert entlassen.

Im vorliegenden Fall von Lungenabszeß hat sich also im Laufe der Anstaltsbehandlung der Abszeß gereinigt

und die Höhle anscheinend nahezu geschlossen. Der anfangs massige übelriechende Auswurf ist zurückgegangen, so daß am 18. III. konstatiert werden konnte, daß „kaum noch Auswurf vorhanden“ war, nachdem schon am 12. III. der Auswurf als nicht übelriechend bezeichnet ist. Eine zahlenmäßige Abnahme des Auswurfes kann leider nicht nachgewiesen werden, da der Auswurf nicht gemessen wurde.

Fall 4.

S. K., Maurer, 19 Jahre alt. Am 14. VIII. 06 zur Aufnahme gekommen.

Anamnese: Mutter und Geschwister leben, Vater am Schlaganfall verstorben. Patient außer Gonorrhoe nie krank gewesen. Am 30. VII. besucht Patient abends ein Theater. Beim Verlassen desselben bekommt er starken Schüttelfrost. Zu Hause legt Patient sich auf das Sofa und muß sehr viel Schleim auswerfen. Dann ein heftiger Schweißausbruch. Am nächsten Tag geht Patient zum Arzt, der kalte Umschläge verordnet und weißes Pulver. Patient hatte Schmerzen in der Brust, die später nach dem Rücken hin ausstrahlten. Patient hatte viel Husten, war anfangs nicht bettlägerig. Später legte er sich, da er starken Frost hatte.

Augenblicklich klagt Patient über Schmerzen, die er hinten unter der rechten Schulter und hinten unten am Rücken empfindet.

Status: Patient, etwas blaß, von leidlicher Ernährung. fühlt sich matt. Sprache etwas leise.

Puls beschleunigt, regelmäßig; Arterie mäßig gespannt.

Herz nicht vergrößert, Töne rein.

Urin o. B.

Patient hustet viel, Auswurf locker, geballt, grünlich, eitrig-schleimig. Atemgeräusch über der Lunge überall etwas rauh, im Exspirium diffuses Giemen.

R. h. unten Dämpfung mit tympanitischem Beiklang. Atemgeräusch abgeschwächt, pleuritisches Reiben. Über einer Stelle zwischen Spitze der Scapula und Wirbelsäule, näher der Scapula, tympanitischer Schall, klingendes mittel- und großblasiges Rasseln.

Diagnose: Lungenabszeß.

Therapie: Apomorphin. Inhalation von Terpentin.

15. VIII. 06. An der Stelle, wo gestern klingendes Rasseln war, heute amphorisches Atmen hörbar.

Im Auswurf keine Tuberkelbazillen.

22. VIII. Auswurf 50 ccm.

23. „ „ 50 „

24. „ „ 25 „

25.—31. VIII. Auswurf 30 ccm.

1. IX. Auswurf 25 ccm.

2. „ „ 25 „

3. „ „ 20 „

Bis zum 7. IX. täglich 20 ccm Auswurf.

Am 6. IX. Lungenbefund: Rechts hinten unten noch grobes In- und Exspirium. Bisweilen feuchtes Rasseln. Kein klingendes Rasseln, keine perkutorischen Veränderungen. Auswurf nimmt ab; zum Teil eitrig, dazwischen etwas bronchitischer Auswurf. Tuberkelbazillen dauernd —.

Vom 8.—12. IX. Sputummenge 15 ccm.

13.—19. IX. Sputummenge 10 ccm.

20. IX. Rechts hinten unten keine Rasselgeräusche mehr, der Schall ist jedoch kürzer als links. Atemgeräusch in- und exspiratorisch verschärft. Untere Lungengrenze gut verschieblich.

Vom 20.—22. IX. Menge des Auswurfs 10 ccm. Von da ab 5 ccm.

29. IX. Status idem.

10. X. Kaum noch Auswurf. Atemgeräusch rechts hinten unten noch etwas grob mit spärlich feuchtem, nicht mehr klingendem Rasseln. Keine Schallverkürzung mehr.

Patient bekommt dann eine Pityriasis rosacea und wird am 22. X. 06 entlassen mit folgendem Befund:

Lunge ohne Befund.

Kein Auswurf mehr.

Im vorliegenden Falle hat sich also im Laufe von gut 2 Monaten unter ärztlicher Kontrolle die Sputummenge dauernd regelmäßig vermindert, der perkutorische und auskultatorische Befund hat sich als die Reinigung und Abheilung eines Abszesses deuten lassen und der Patient ist ohne Auswurf als geheilt entlassen.

Fall 5.

K. Th., Arbeiter, 50 Jahre alt, kommt am 19. IV. 06 zur Aufnahme.

Anamnese: Eltern des Patienten gestorben, Mutter an Magenkrebs; der Vater war lungenkrank. Patient war als Kind immer gesund. Mit 25 Jahren Typhus.

Vor 4 Wochen ist Patient hier aus der Anstalt entlassen, nachdem er 6 Wochen an Gelenkrheumatismus in Behandlung war. Den Rheumatismus will Patient schon 5 Jahre lang haben. Seit 3 Wochen hat Th. Husten und Auswurf. Die Beine wurden während dieser Zeit besonders steif und schmerzhaft.

Patient hustet morgens am meisten und hat während des Hustens Schmerzen auf der Brust.

Status: Leidlich genährter Mann, mäßiger Kräftezustand. Fühlt sich matt.

Lungenbefund: Patient hustet viel, reichlich Auswurf, etwas geballt, von grünlicher Farbe. Tuberkelbazillen —.

R. h. o. etwas hauchendes Exspirium.

L. h. o. leises Atemgeräusch, wenig verlängertes Exspirium.

L. h. o. Schall etwas tympanitisch gedämpft, verschärftes vesikuläres Atemgeräusch, verlängertes hauchendes Exspirium. Krepitieren und teilweise klingende, mittelgroßblasige Rasselgeräusche.

R. h. u. hauchendes Exspirium, einzelne feuchte Rasselgeräusche.

R. v. o. verschärftes vesikuläres Atmen.

L. v. o. in Supra- und Infraklavikulargrube leiseres Atemgeräusch als r. v. o.

Lungengrenzen hinten unten beiderseits gleich tiefstehend und respiratorisch gut verschieblich.

Lungenlebergrenze am oberen Rande der 7. Rippe.

Cor.: Puls 114, regelmäßig, von mittlerer Spannung. Relative Dämpfung verbreitert; absolute klein. Töne rein.

Befunde an den anderen Organen sind für vorliegenden Fall ohne Wichtigkeit und habe ich sie daher fortgelassen.

Es wurde die Diagnose Lungenabszeß gestellt.

21. IV. Viel Husten und grünlicher Auswurf. Kein Appetit. Lungenbefund unverändert. Links hinten unten deutlich tympanitische Schallverkürzung, entfernt klingendes bronchiales Atmen, daneben verschärftes Vesikuläratmen; feuchte Rasselgeräusche.

23. IV. Der Bereich links hinten unten, über dem bronchiales Atmen zu hören ist, hat sich vergrößert. Das Bronchialatmen ist deutlicher geworden, bis Mitte des Interscapularraumes.

26. IV. Über ganzem hinteren Unterlappen deutlich nachklingendes Bronchialatmen mit vereinzeltem Krepitieren im oberen und unteren Teil. Mäßig viel Husten und grünlich-eitriger Auswurf.

Appetit und Allgemeinbefinden mäßig.

30. IV. Links hinten unten bronchiales Atmen unverändert, Krepitation vermehrt, daneben reichlich klingendes Rasseln.

2. V. Heute Nacht viel gehustet. Reichlich grünlich-eitriger Auswurf. Tuberkelbazillen —. Wenig Diplokokken.

4. V. Links hinten unten Dämpfung etwas aufgehellt. Dicht neben Wirbelsäule ein Bezirk, über dem

der tympanitische Klang stärker ist; hier am deutlichsten mittelgroß- und großblasiges klingendes Rasseln. Bronchialatmen l. h. u. laut und deutlich. Im Sputum keine Tuberkelbazillen, auch keine elastischen Fasern.

8. V. Dämpfung links hinten unten deutlich, aber etwas aufgehellt: darüber Bronchialatmen, wenig klingende mittel- bis großblasige Rasselgeräusche. Links unten in Axillarlinie ebenfalls tympanitischer Bezirk. Sputum fade, putride riechend.

9. V. L. h. unten zwischen Scapular- und mittlerer Axillarlinie tympanitischer Bezirk. Hier viel mittel- und großblasiges Rasseln klingenden Charakters. Sputum 150 ccm, elastische Fasern gefunden.

Vom 10.—13. V. werden täglich 75 ccm Sputum entleert.

Am 14. V. 100 ccm.

15. V. Links hinten unten 12 cm hoher und 10,5 cm breiter Bezirk mit tympanitischem Schall, zwischen Scapularlinie und mittlerer Axillarlinie bis unter die Spitze der Scapula hinanreichend. Deutliches Bronchialatmen in diesem Bezirk. Zahlreiche klingende Rasselgeräusche.

Sputum 70 ccm.

16. V. 85 ccm Sputum.

17. V. 45 „ „

Dann sinkt die Menge des Sputums vom 18. bis zum 31. V. auf 5 ccm langsam, von Tag zu Tag weniger werdend, hinab.

31. V. Heute Fieberanstieg auf 39°. Links hinten unten bronchiales Atmen, vermehrte Rasselgeräusche, wenig Auswurf.

2. VI. Temperatur zur Norm herabgesunken. Allgemeinbefinden leidlich. Bronchialatmen links hinten unten nicht mehr zu hören. Reichlich klingendes Rasseln. Husten und Auswurf gering.

5. VI. Sputum bis auf täglich 5 ccm zurückgegangen.

22. VI. Patient bekommt Rheumatismus im linken Schultergelenk.

2. VII. Husten und Auswurf gering. Links hinten unten reichlich feuchte, mittel- und großblasige Rasselgeräusche meist klingenden Charakters. Hauchendes Exspirium.

Die Rheumatismustherapie geht weiter, doch führe ich sie, als für unseren Fall zwecklos, nicht an.

19. VII. Befinden unverändert. Kaum noch Husten und Auswurf. Über linkem Unterlappen Schall tympanitisch und etwas verkürzt, hauchendes Exspirium, reichlich feuchte, mittel- und großblasige, meist klingende Rasselgeräusche.

Patient befindet sich dauernd noch in Behandlung wegen seines Schultergelenkes.

Es folgt dann noch nachstehende Bemerkung über den Lungenbefund ohne Datum. Über der Lunge links hinten unten abgekürzter Schall und mittelgroßblasiges, feuchtes Rasseln. Sputum wenig, schleimig-eitrig.

Am 1. X. steht dann unter dem Entlassungsbefund: Keine Lungenerscheinungen mehr.

Auch bei vorstehendem Fall hat sich bei fast immer normaler Temperatur in gewisser Zeit die anfangs reichliche Sputummenge bis auf 5 ccm vermindert, und nachher heißt es: noch wenig Auswurf, und dann wird Patient mit der Bemerkung: keine Lungenerscheinungen mehr, entlassen.

Die Abszeßhöhle hat sich also gereinigt und war im Vernarben begriffen, jedenfalls wurde kein Höhlensekret mehr nach außen befördert. Ein schweres Gelenkleiden lief neben in Betracht kommender Krankheit einher, ohne deren Heilung sichtbar zu beeinträchtigen.

Fall 6.

A. D., Zimmermann, 42 Jahre alt, kommt am 18. X. 04 zur Aufnahme.

Anamnese: Vater des Patienten an Schwindsucht gestorben, Mutter über 100 Jahre alt an Altersschwäche.

Patient ist verheiratet und hat 6 gesunde Kinder.

Patient sonst gesund, hat in den 80er Jahren 2 mal Influenza gehabt, je 3—4 Tage lang. Jetzt ist Patient seit 6 Wochen krank. Stiche in der linken Brust, Husten, Auswurf und auch verschiedentlich Nachtschweiße. Patient wurde dann unter ärztlicher Behandlung soweit besser, daß er 14 Tage lang arbeiten konnte. Dann erkrankt er wieder und begibt sich auf ärztlichen Rat hin in Anstaltsbehandlung. Er klagt wie früher über Stiche in der Brust, Husten und Auswurf.

Status: Mann von mäßiger Ernährung und Kräftezustand.

Lungenbefund: Thorax flach, beide Klavikulargruben etwas eingesunken. Atmung: kostal, linke Seite bleibt zurück.

L. v. o. Schallverkürzung, Atmungsgeräusch ziemlich leise, vereinzelt feuchte Geräusche.

L. h. o. Schallverkürzung, Atmungsgeräusch leise, einzelne feuchte Geräusche.

L. h. u. von der Höhe des 8. Brustwirbels Dämpfung, die sich in die ganze linke Seite fortsetzt. In der Gegend der 6.—7. Rippe ein kleinkindskopfgroßer tympanitischer Bezirk. Daselbst amphorisches Atmen, daneben reichlich feuchtes, zum Teil klingendes Rasselgeräusch.

Auf der übrigen Lunge voller Lungenschall, vereinzelte trockene Geräusche.

Sehr starke Exspektoration von stark fötiden, übelriechenden Sputummassen; ungefähr 5—600 ccm pro die. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Sputums findet

man: keine Tuberkelbazillen, elastische Fasern, Epithelien, Leukocyten, Fettsäure-Nadeln und Detritus.

Diagnose: Lungenabszeß.

Therapie: Bettruhe. Apomorphin. Terpentininhalation.

22. X. Sputummenge 550 ccm.

23. X. „ 600 „

24. X. „ 300 „ Husten ist noch immer reichlich, aber die Exspektoration ist leichter geworden. Auswurf noch derselbe wie bei Aufnahme.

Bis zum 2. XI. werden täglich zwischen 250 und 300 ccm Auswurf entleert.

Am 2. findet sich folgende Notiz: Sputum ist weniger geworden und beträgt jetzt ungefähr 300 ccm, ist jedoch noch stark übelriechend.

In der Umgebung des tympanitischen Bezirks ist vereinzelt pleuritisches Reiben zu hören. Das amphorische Atmen ist in dem tympanitisch gedämpften Bezirk nach Husten besonders deutlich zu hören, im übrigen jedoch sehr häufig durch sehr reichliches, klingendes Rasseln verdeckt.

Vom 2.—8. X. sinkt die Menge des Sputums von 300 auf 200 ccm pro diē.

8. X. Lungenbefund derselbe.

Patient hat in den letzten Tagen abends wegen sehr starkem Hustenreiz 0,01 g Morphium erhalten. Der foetor ex ore und der faulige Geruch des Sputums ist bedeutend geringer geworden.

Vom 8. bis 22. X. sind Mengen von 200 ccm entleert.

22. XI. Patient mehrere Stunden außer Bett. Hustenreiz ist geringer, nur morgens und abends noch stark. Das amphorische Atmen in dem tympanitischen Bezirk ist sehr wechselnd, meistens durch Rasselgeräusche verdeckt.

Bis zum 1. I. 05 hält sich die Menge des Sputums auf 200 ccm täglich.

1. I. 05. Temperatur dauernd normal. Sputummenge 200 ccm täglich. Lungenstatus derselbe. Noch starker Hustenreiz.

In der Zeit bis zum 26. I. 05 ist die Sputummenge auf 150 ccm zurückgegangen und ist beim Umschütteln noch etwas übelriechend.

In der Folgezeit ist die Entleerung des Sputums unter geringen Schwankungen weniger geworden und beträgt am 26. III. 50 ccm. Es besteht noch mäßiger foetor ex ore und das Sputum ist noch immer etwas übelriechend. Patient ist dauernd außer Bett gewesen; die Temperatur war normal. Es werden dann täglich noch 50 ccm Sputum entleert. Am 5. IV. 05 entzieht sich Patient leider der Beobachtung, da er auf eigenen Wunsch gebessert entlassen wird.

Im Entlassungsbefund wird mitgeteilt:

In der Gegend der 6. und 7. Rippe hinten, etwas nach außen, von der Scapularlinie links, tympanitischer Bezirk; dort sehr rauhes, verschärftes Inspirium. Exspirium von Rasseln verdeckt. Ganze linke Seite etwas abgeflacht gegenüber der rechten Seite der Lunge. Mäßiger Hustenreiz. Sputum 50 ccm.

Im Verlaufe der Behandlung ist also die Sputummenge von 600 ccm täglich auf 50 ccm herabgesunken; das anfangs übelriechende Sputum ist fast geruchlos geworden und der foetor ex ore ist geschwunden. Die Abszeßhöhle war also in der Reinigung und Verkleinerung begriffen, als der Patient sich der weiteren Beobachtung entzog.

Zum Schluß kann ich noch einen

7. Fall

anführen, den Herr Professor Hoppe-Seyler mir aus seiner Konsultationspraxis mitteilte und zur Verfügung stellte.

M., Pastor, 54 Jahre.

10. IV. 04. Fieber, später Schmerzen im linken Hypochondrium.

19. VI. 04. Reichlicher, übelriechender Auswurf. L. h. u. in der Gegend der Spitze der Scapula ein handflächengroßer Bezirk mit tympanitischem Schall, klingendem Rasseln. Temperatur normal.

28. VI. Leichtes Fieber, bis 38°. L. h. u., von der 5. Rippe abwärts, Schall kürzer als rechts. Krepitieren, verlängertes Exspirium, weiter unten mittelblasige, zum Teil klingende Rasselgeräusche, hauchendes Exspirium im 8. Interkostalraum, zwischen hinterer Axillar- und Scapularlinie. Auswurf etwas übelriechend.

7. VII. 04. L. h. u. von 5. Rippe abwärts Dämpfung, fein- bis mittelblasiges Rasseln. Unterhalb und hinter der Spitze der Scapula tympanitischer Schall, reichlich klingendes Rasseln. Untere Lungengrenze verschiebt sich etwas.

Therapie: Inhalation von Latschenöl.

26. X. Kein Fieber. 30—50 ccm Auswurf. Schrumpfung der linken Brustseite unten. Untere Lungengrenze höher als rechts. Etwas hauchendes Exspirium, scharfes Inspirium; ab und zu Knacken. 12 Tage vorher noch 200 ccm übelriechenden Auswurfes entleert.

2. I. 05. Kein Fieber. Auswurf gering. Hat gepredigt. L. h. u. Lungengrenze höher als rechts, verschieblich. An der Spitze der Scapula noch hauchendes Exspirium, wenig mittelblasiges Rasseln. Deutliche Einziehung der Brust.

26. IV. 05. Fast kein Auswurf. Kein Husten. L. h. u. vereinzelt Rasselgeräusche.

24. XI. 05. L. h. u. etwas tympanitischer Beiklang. Kein Rasseln, etwas verlängertes Exspirium.

Kann sein Amt gut versehen. Bei Anstrengung nur etwas Gefühl von Spannung in der linken Brustseite.

Auch vorliegender Fall zeigt klinisch deutlich die Abheilung des Lungenabszesses.

Von vorstehend wiedergegebenen Fällen sind also fünf ohne chirurgischen Eingriff vollkommen zur Ausheilung gelangt, während der dritte und sechste Fall eine derartige Besserung zeigten, daß wohl auf vollkommene Heilung hätte gerechnet werden können, wenn die Patienten nicht auf eigenen Wunsch gebessert aus der Behandlung getreten wären.

Allen Fällen ist das plötzliche Auftreten einer großen Menge übelriechenden Sputums gemeinsam. Bei fast durchweg normaler Temperatur hat sich im Laufe der Behandlung die Menge des Auswurfes verringert. Der anfangs fötide, faulige Geruch besserte sich und das Sputum wurde geruchlos. Die ursprüngliche Dämpfung und Tympanie verschwand später ganz; auch das bronchiale und amphorische Atmen verlor sich und machte mehr normalem Atemgeräusch Platz. Das Allgemeinbefinden der Patienten wurde besser, und in allen Fällen stellte man eine nicht unbeträchtliche Gewichtszunahme fest.

Die mitgeteilten Fälle zeigen, daß Lungenabszesse ausheilen können, auch ohne daß ein operativer Eingriff gemacht wird, und zwar in solcher Weise, daß später kaum noch Reste davon nachweisbar sind.

Die beiden zur Sektion gekommenen Fälle zeigen, in wie hohem Maße die Heilung möglich ist. In dem einen Fall war in der betreffenden Lungenpartie nicht mehr sicher die Stelle des Abszesses, der doch größere Ausdehnung gehabt haben muß, zu finden, in dem andern eine Narbe, welche auch erst gefunden wurde, als an der Stelle, wo früher die Abszeßerscheinungen vorhanden waren, danach gesucht wurde. Die Heilung findet in der Weise statt, daß die umliegenden Lungenpartien sich erweitern, falls sie dazu fähig sind (kompensatorisches Emphysem),

und die Bronchien sich vielfach dilatieren und Bronchiektasien bilden. Das letztere tritt wohl namentlich dann ein, wenn die Pleura an der betreffenden Stelle verwachsen ist. Ist die Brustwand noch nachgiebig, so zieht sie sich ein, das Zwerchfell steigt höher, und so ist die Möglichkeit für das Zusammenfallen der Abszeßhöhle und für die Vernarbung gegeben. Gewöhnlich handelt es sich ja, wie bei unseren Fällen, um Abszesse im Unterlappen und da kommen diese Momente zur Wirkung, um die Ausheilung herbeizuführen.

Ungünstiger in vieler Beziehung ist der Sitz des Abszesses im Oberlappen, da dort die Brustwand nicht so gut sich einziehen kann. Auch dort kann aber unter Entwicklung eines kompensatorischen Emphysems der angrenzenden Lungenpartien und Bildung von Bronchiektasien Ausheilung erfolgen.

Für die Behandlung kommt die gute Entleerung der Abszeßhöhle in Betracht. Sie findet im Oberlappen leicht statt. Dagegen muß man bei Sitz im Unterlappen durch entsprechende Lagerung, wie sie namentlich durch die Quinckesche Schräg- oder Hängelage gegeben wird, den Abfluß erleichtern. Durch Kompression des Thorax im Roßbachschen Atmungsstuhl, durch manuelle Kompression der befallenen Partien, durch Hinüberbeugen nach der kranken Seite usw. kann man unterstützend wirken. Ferner werden, um die Erweiterung der angrenzenden Lungenpartien zu befördern, tiefe Inspirationen bei Lage auf der gesunden Seite, Einatmen von komprimierter Luft, Geh- und Steigeübungen von Wert sein. Dann sieht man, wie der Auswurf sich vermindert und seinen putriden Charakter verliert. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß, wenn doch noch, obwohl die physikalischen Erscheinungen über dem Abszeß in der Lunge zurückgehen, reichlich Auswurf produziert wird, dieser von einer diffusen Bronchitis, namentlich aus Bronchiektasien, herstammen kann.

Die Zersetzung und Eiterung wird am besten wie auch bei unsern Fällen, durch innerliche Darreichung von Kreosot-, Guajakol-, Thiokollpräparaten, Inhalation von Terpentin, Latschenöl usw. bekämpft. Namentlich wird der Aufenthalt in freier Luft, an der See, im Gebirge von Vorteil sein.

Wenn die Eiterung in der Lunge aber größeren Umfang annimmt, oder immer weiter fortdauert, so ist die Operation dringend nötig, um die übrige Lunge zu schützen und den Organismus vor Septikopyämie zu bewahren.

Nur in Fällen, wie den geschilderten, wird eine innerliche Behandlung allein zum Ziele führen.

* * *

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor Dr. Hoppe-Seyler, für die gütige Überlassung der Fälle, wie für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.